

Riccardo Ganassi, Università degli Studi di Siena

Simone Ulivieri, Dirigente Medico e Referente Chirurgia Orbitaria,

U.O.C. Neurochirurgia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Le Scotte (SI)



STATO dell'ARTE

Per ptosi palpebrale o **blefaroptosi** si intende un patologico abbassamento della palpebra superiore, mono o bilaterale, conseguente ad anomalie congenite o acquisite del m. elevatore della palpebra o del m. di Muller.

Ptosi palpebrale	----->	Congenita	} In base al grado di abbassamento	----->	Lieve <2mm
	----->	Acquisita		----->	Moderata 2-4mm
				----->	Grave >4mm

Si definisce **ptosi palpebrale neurogena** quella condizione di anomalia palpebrale **acquisita** legata a un **deficit dell'innervazione**, le cui cause sono molteplici e comprendono:

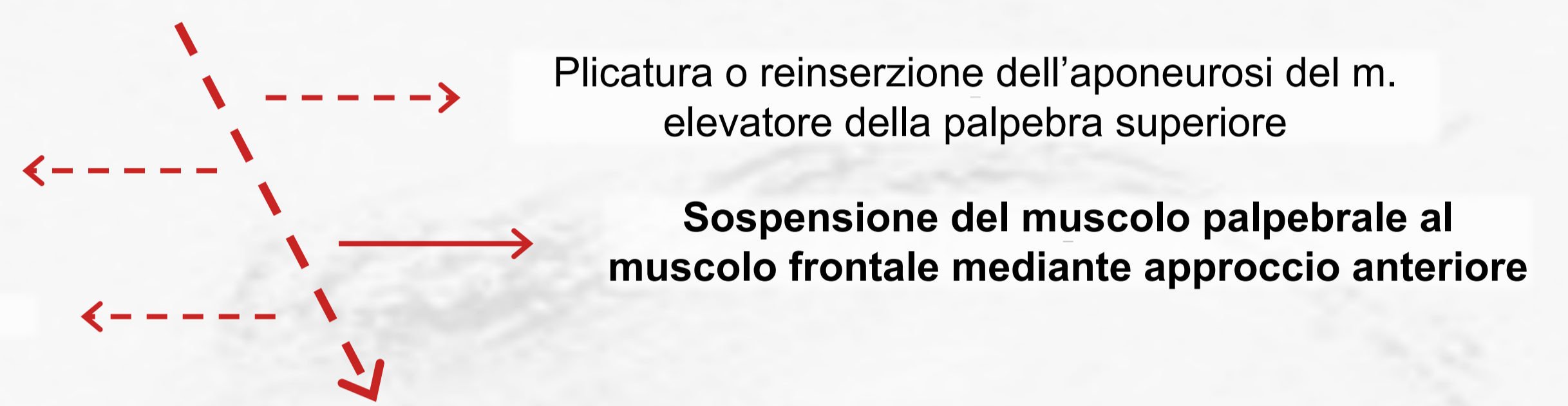
- disfunzioni del III nervo cranico (oculomotore)
- sindrome di Horner, perdita dell'innervazione simpatica del muscolo di Muller
- fenomeno di Marcus-Gunn, retrazione della palpebra ptotica durante la masticazione
- botulismo (midriasi, xerostomia, paresi flaccida e ptosi)
 - sclerosi multipla
 - emicrania oftalmoplegica

L'**obiettivo** del nostro lavoro è dimostrare come la tecnica di sospensione del m. palpebrale al m. frontale con filo di sutura in Ethibond 2/0 sia la tecnica da prediligere e adottare.

Mullerectomia

Tarsectomia/Intervento di Fasanella-Servat

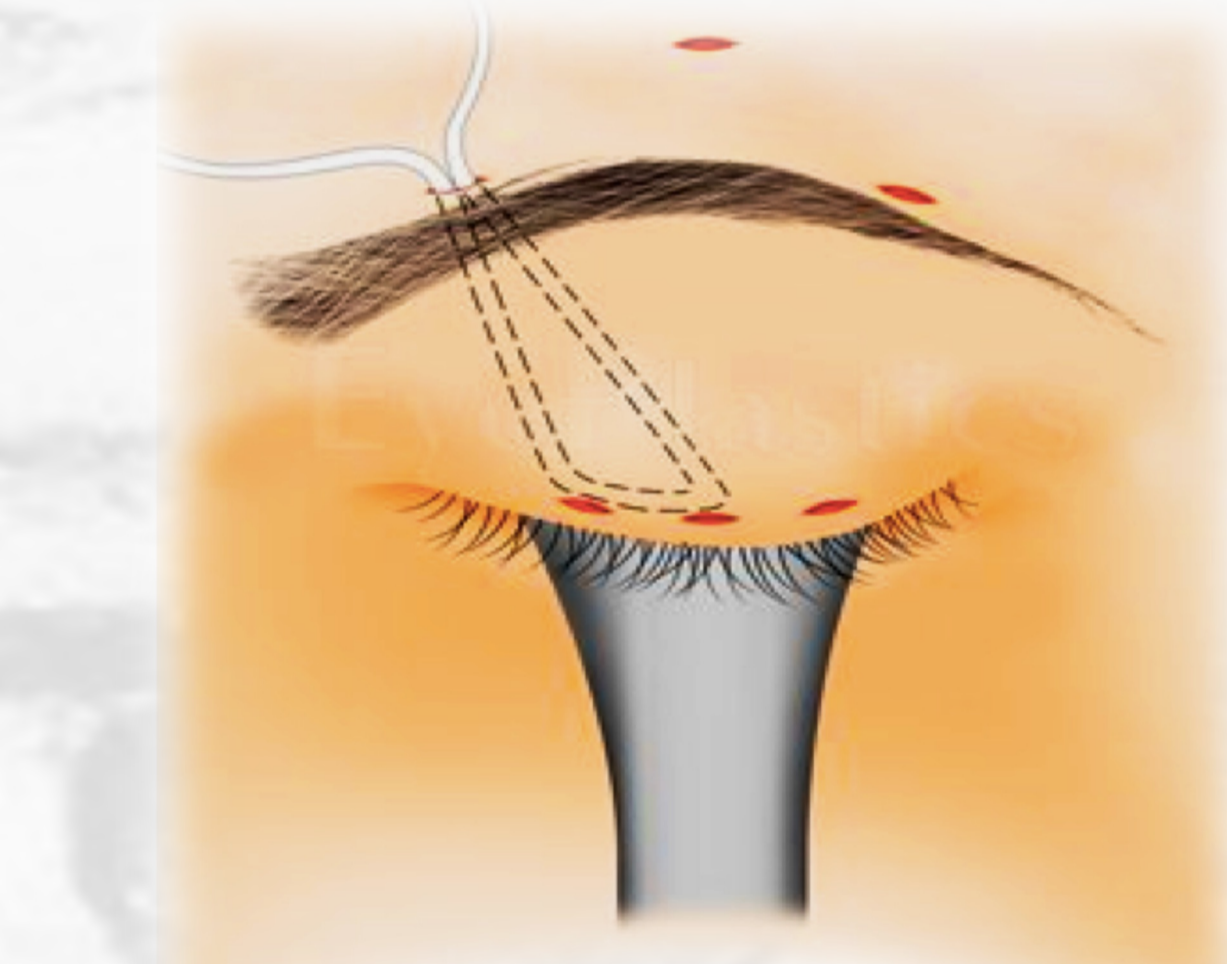
Tecniche chirurgiche di correzione



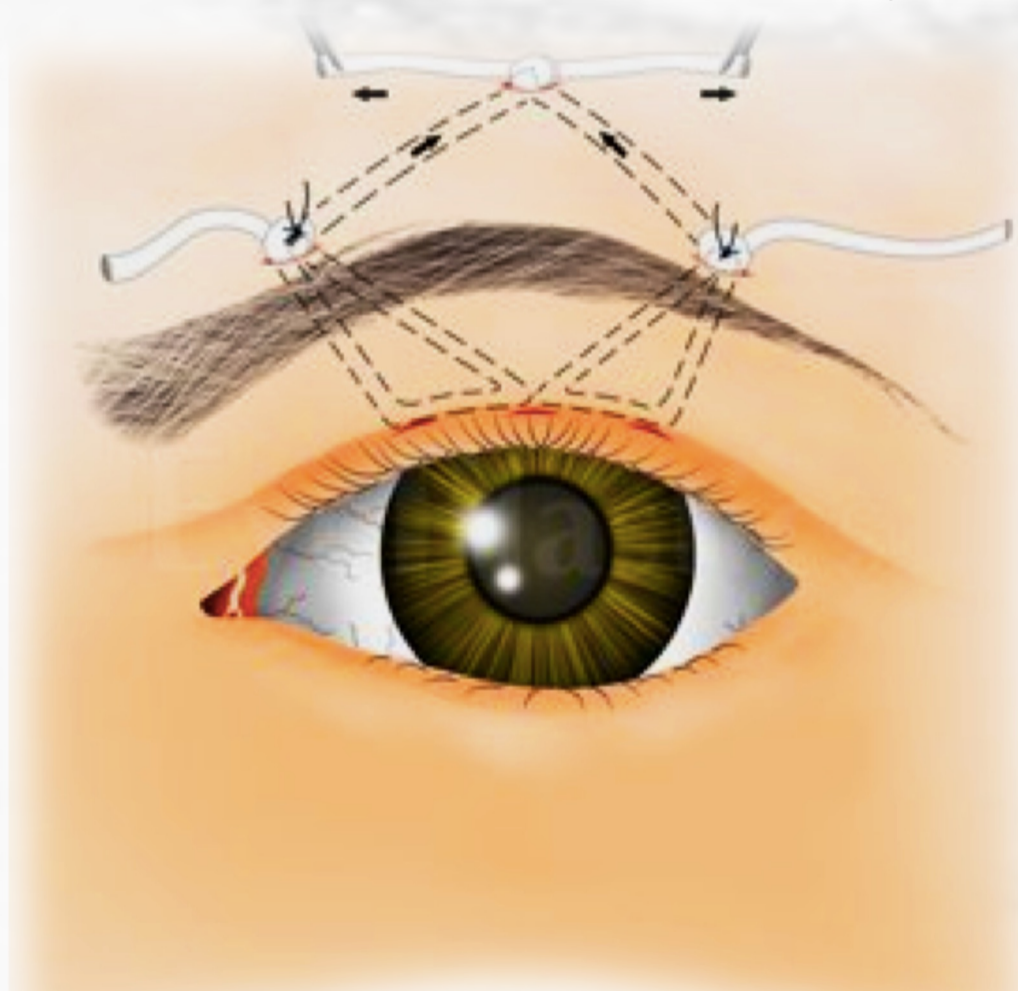
MATERIALI e METODI

Presso la U.O.C. di Neurochirurgia di Siena abbiamo analizzato retrospettivamente i pazienti, operati tra gennaio 2020 e settembre 2021. Sono state eseguite un totale di 4 procedure su pazienti differenti, che si sono recati presso il nostro centro per la correzione della ptosi palpebrale neurogena. I casi erano così rappresentati: **2 maschi e 2 femmine**, con età media all'intervento di 59 anni (S.D. 5.0), tutti presentanti un **deficit completo del III nervo cranico**. Tutti i casi sono stati sottoposti all'intervento di **sospensione del muscolo palpebrale al muscolo frontale mediante approccio anteriore**, utilizzando un **filo di sutura non riassorbibile in Ethibond 2/0**:

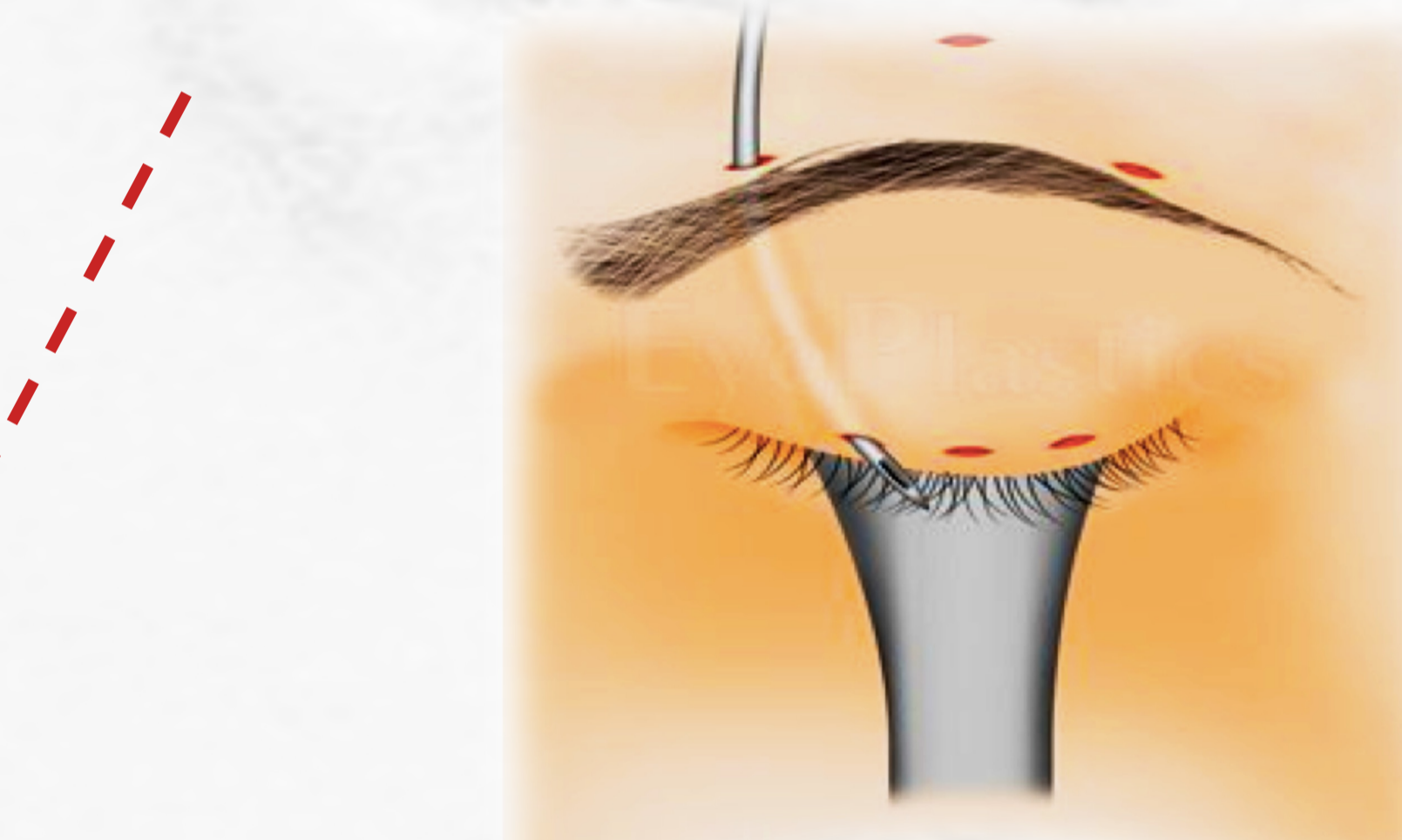
1. Vengono praticate 6 piccole incisioni, di circa 3 mm ciascuna, suddivise in 3 incisioni palpebrali e 3 incisioni sopraccigliari



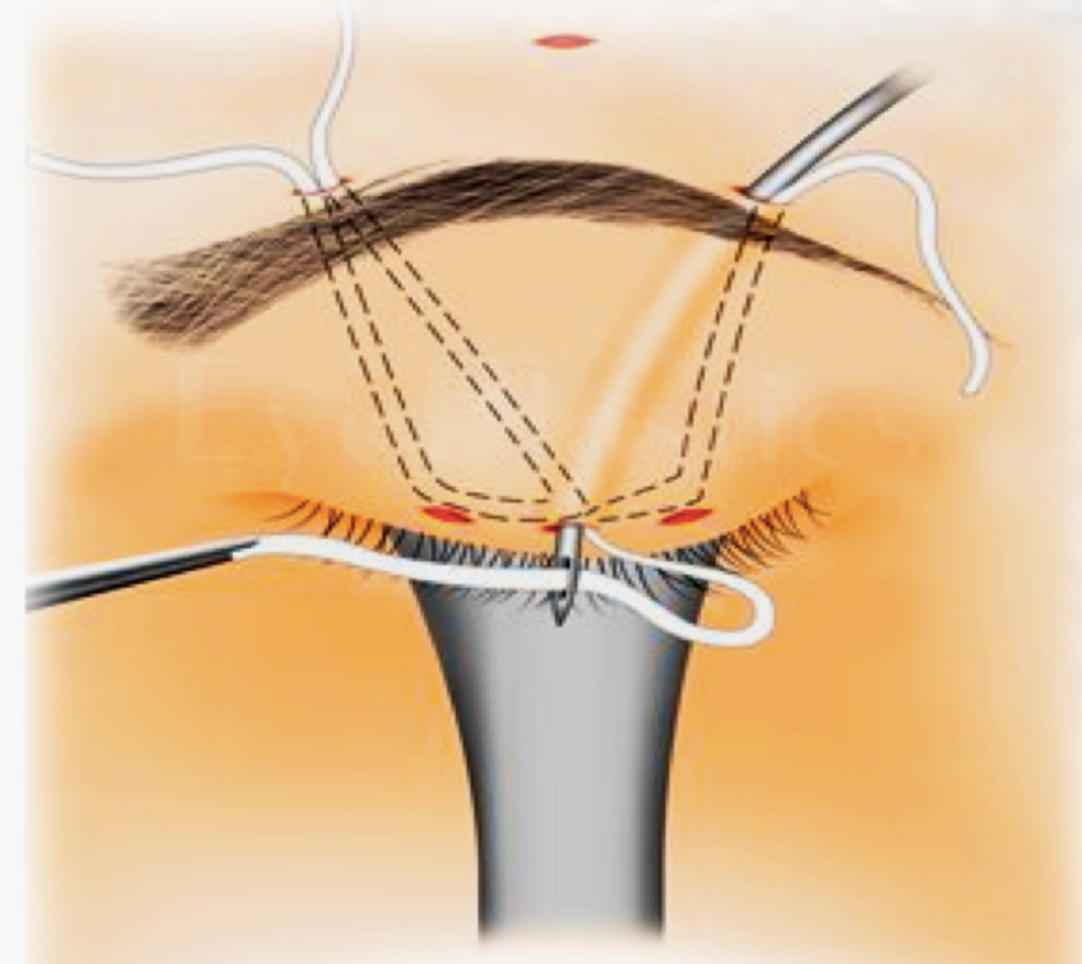
3. Il chirurgo passa poi il filo tra le due incisioni palpebrali e l'incisione sopraccigliare per effettuare la sospensione frontale



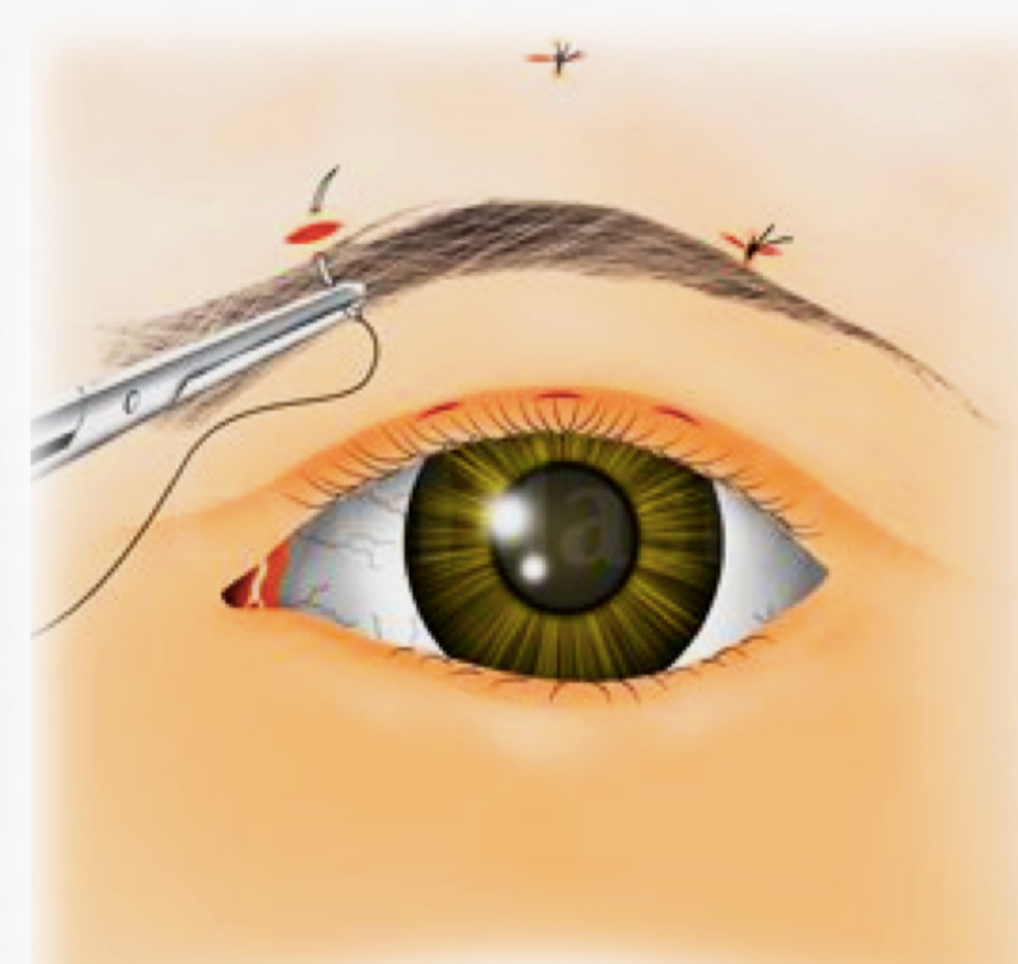
5. Con il materiale della sospensione in posizione, la palpebra è sollevata e viene innalzata tanto più è possibile, in previsione del calo post-operatorio



2. L'occhio è protetto da una placca di Jaeger, che copre e protegge il bulbo oculare, e il chirurgo collega l'incisione sopraccigliare all'incisione palpebrale mediante filo di sutura non riassorbibile in Ethibond 2/0, mantenendosi al di sotto del muscolo orbicolare e sulla superficie del piatto tarsale



4. La palpebra è sospesa realizzando due romboidi con l'imbracatura, la quale è fissata sul muscolo frontale



6. Le incisioni sopraccigliari vengono chiuse mediante punti di sutura, mentre non è richiesta alcuna sutura per le incisioni palpebrali. Si esegue, se necessario, una sutura di Frost (tarsorrafia) inserita nella palpebra inferiore.



RISULTATI

La tecnica chirurgica adottata, con particolare attenzione all'utilizzo di punti di sutura non riassorbibili in Ethibond 2/0, ha permesso una **ripresa completa della motilità palpebrale**, avvenuta a distanza di tre settimane dall'intervento chirurgico, e, all'attuale follow-up, **non si riscontrano complicanze** e si osserva un **ottimo risultato estetico**.



DISCUSSIONE e CONCLUSIONI

Come si evince dalla letteratura recente, non esiste un **consensus** sul tipo di tecnica chirurgica e sui materiali da utilizzare nel trattamento della ptosi palpebrale neurogena. L'analisi della nostra casistica, seppur di numero esiguo, rivela dei risultati promettenti, i quali possono avere un risvolto efficace nella pratica clinica e chirurgica, eleggendo la **tecnica di sospensione al muscolo frontale con utilizzo di filo di sutura non riassorbibile in Ethibond 2/0** a tecnica da prediligere e adottare.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Koka K, Patel BC. Ptosis Correction. 2021 Nov 2. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. PMID: 30969650.
- 2- Yang WH, Han Q, Yan H. [Etiology and clinical characteristics of acquired ptosis]. Zhonghua Yan Ke Za Zhi. 2021 Nov 11;57(11):844-849. Chinese. doi: 10.3760/cma.j.cn112142-20210213-00089. PMID: 34743470.
- 3- Meneghim RLFS, Ferraz LB, Galindo-Ferreiro A, Khandekar R, Sanchez-Tocino H, Schellini S. Tarsal switch using an anterior approach to correct severe ptosis. Arch Plast Surg. 2018 Mar;45(2):165-170. doi: 10.5999/aps.2017.00465. Epub 2018 Mar 15. PMID: 29566467; PMCID: PMC5869425